Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg.
Vorstand: Professor Dr. Otto Seifert.

BEITRAG

ZUR

KENNTNIS DES LUPUS VULGARIS DER OBEREN LUFTWEGE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

FRITZ LILL
AUS WÜRZBURG.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

WÜRZBURG
VERLAG VON CURT KABITZSCH
KGL. UNIV.-VERLAGSBUCHHÄNDLER
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Prof. Dr. **Otto Seifert.**

MEINEN LIEBEN ELTERN

IN DANKBARKEIT GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549803_0109

Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg.
(Vorstand: Professor Dr. Otto Seifert.)

Beitrag zur Kenntnis des Lupus vulgaris der oberen Luftwege.

Von

Fritz Lill in Würzburg.

Die Erkenntnis, dass einerseits der Schleimhautlupus nicht zu den Seltenheiten gehört, andererseits dass für viele Fälle von Lupus der äusseren Gesichtshaut die primären Infektionsherde auf der Schleimhaut des Naseninneren resp. des Nasenrachenraumes zu suchen sind, hat sich nur ganz allmählich Bahn gebrochen und ist auch heute noch nicht zu einer derartig allgemeinen Wertschätzung gelangt, dass diese gegenseitigen Beziehungen des Lupus der äusseren Haut und der Schleimhaut im Kampfe gegen den Lupus von allen Seiten in der richtigen Weise verwertet werden. Es darf deshalb als eine nicht undankbare Aufgabe betrachtet werden, wenn auf Grund der einschlägigen Literatur und gestützt auf das Krankenmaterial einer reichlich frequentierten Poliklinik diese ganze in der Bekämpfung des Lupus hochwichtige Frage nochmals aufgerollt wird.

Ein Beispiel aus der neuesten Zeit über die merkwürdige Vernachlässigung dieser Beziehungen gibt M. Senator (1), der in der Hufeland'schen Gesellschaft am 13. V. 1912 zwei Fälle demonstrieren konnte, die dermatologisch mit gutem Erfolg behandelt worden waren; die rhinologische Untersuchung dieser als geheilt geltenden Personen ergab bei der einen lupöse Erkrankung der mittleren Muschel und bei der anderen lupöse Veränderungen der Nasenscheidewand, sowie Residuen früher abgelaufener Nasenschleimhautaffektionen. Dass bei dieser Nichtbeachtung der Schleimhautaffektion von einer wirklichen Heilung nicht die Rede sein kann, ist klar. M. Senator (1) betont, dass die Erkennung und Behandlung der Schleimhauterkrankung eigentlich noch wichtiger sei als die der Gesichtshaut, weil 1. der

Lupus meist primär auf der Schleimhaut beginne und erst später die Epidermis ergreife und 2. die Therapie der Mukosa erheblich schwieriger sei.

Und doch ist es in der Wissenschaft allgemein bekannt [M. Senator (1)], dass das gleichzeitige Vorkommen von Lupus auf Epidermis und Schleimhaut nichts Neues, sondern eigentlich die Regel ist. Wohl war man schon in früheren Jahren teilweise der heutigen modernen Anschauung; als ersten, der die Existenz des primären Nasenlupus anerkennt, nennt Gerber (2) nach den Ermittelungen seines Assistenten G. Cohn schon Rayer aus dem Jahre 1838. Der gleichen Meinung waren 10 Jahre später Cazenave und Wernherr, welch letzterer sogar betont, der eigentliche Herd des Gesichtslupus sei immer in der Nase zu suchen. Die folgende Zeit stand nicht auf dem gleichen Standpunkt. Man hielt entweder den Schleimhautlupus überhaupt für etwas Seltenes, dem man wenig Beachtung schenkte, oder man nahm höchstens an, dass der Lupus von der Epidermis „auch" auf die Schleimhaut überwandern könne. Erst in den 70er Jahren entstanden einzelne Arbeiten über Schleimhautlupus, so von Drache, Moinel, Baumgarten, Raudnitz, Poutoppidan, Doutrelepont u. a. Neisser sowohl wie Kaposi hielten den primären Nasenschleimhautlupus für sehr häufig. Seit dieser Zeit sind noch viele Arbeiten erschienen, die das gleiche Thema weiter behandeln und begründen. Und doch ist diese Meinung noch nicht Allgemeingut geworden, wie man aus den Äusserungen mancher Autoren zum Teil auch in Lehrbüchern entnehmen kann, zum mindesten ist fast nirgends ein Hinweis auf die in prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht so eminente Wichtigkeit der Kenntnis vom Vorkommen des primären Schleimhautlupus zu finden.

Es mag von einigem Interesse sein, die Ansichten der verschiedenen Autoren darzustellen, die zum Teil in auffallender Weise widersprechend lauten. Bresgen (3) spricht sich dahin aus, dass der Nasen- und Rachenschleimhautlupus von der äusseren Haut übergewandert sei, die primäre Affektion auf der Nasenschleimhaut sei zwar noch nicht erwiesen, aber nicht von der Hand zu weisen, einen primären Kehlkopflupus nimmt er allerdings an.

In der 3. Auflage seines Buches schreibt er dann (4): „Für den Lupus scheint mir die Neissersche Ansicht, wonach ein Gesichtslupus in der Regel einem benachbarten Schleimhautlupus seine Entstehung verdankt, die richtige zu sein. Man bekommt den Schleimhautlupus nur meist erst zu sehen, wenn er bereits auf die Hautdecken übergegriffen hat. Andererseits gibt es aber auch Gesichtslupus, ohne dass die Schleimhaut bereits in gleicher Weise erkrankt wäre."

Schech (5) ist der Ansicht, dass der Lupus in der Regel das Naseninnere erst dann befalle, wenn bereits die äussere Nase okkupiert sei, in seltenen Fällen werde jedoch die Schleimhaut der Nase primär und isoliert ergriffen.

Rosenberg (6) nimmt an, dass der Lupus gewöhnlich vom Gesicht, und zwar von den Lippen, auf die Schleimhaut der Wangen, des harten Gaumens, selten der Zunge übertrete, um von hier aus weiter auf Pharynx- und Larynxschleimhaut fortzukriechen, selten sei er hier primär. Auch im Rachen komme Lupus in seltenen, aber unzweifelhaften Fällen primär und isoliert vor, doch sei er gewöhnlich sekundär, vom Gesicht oder der Nase auf die Rachenschleimhaut fortschreitend.

Flatau (7) erklärt, in der Mehrzahl der Fälle von Nasenschleimhautlupus habe man bisher den Prozess als von der Haut in die Tiefe fortschreitend aufgefasst; es sei jedoch jetzt sichergestellt, dass der Weg oft der umgekehrte sei, dass nämlich ein primärer Nasenschleimhautlupus der Hauterkrankung lange Zeit vorangehe und übersehen oder als einfaches Ekzem, skrofulöser Katarrh oder eine Bildung harmloser Polypen aufgefasst würde, wobei noch der ungemein schleichende und fast symptomlose Beginn des Prozesses die Erkennung erschwere.

Stoerk (8) stellte 20 Fälle von zur Beobachtung und Operation gelangten Nasentuberkulosen zusammen, wobei 6 Fälle mit der Diagnose Lupus bezeichnet sind. Von diesen war in 4 Fällen gleichzeitig äussere Haut und Nasenschleimhaut befallen, in 1 Fall fand sich bei gleichzeitiger Lungentuberkulose Lupus im Nasenrachenraum und am Tubarwulst, sowie Larynxlupus, und in 1 Fall war die Nasenschleimhaut und die rechte Tonsille lupös erkrankt. In diesen beiden letzten Fällen war nach den Aufzeichnungen die äussere Haut intakt.

Kafemann (9) hält den Lupus in der Nase für eine fast ausschliesslich sekundäre Erscheinung, wenn er auch eine Reihe von Autoren, darunter besonders Bresgen nennt, die den Gesichtslupus als in der Regel von einem Schleimhautlupus ausgegangen betrachten, und nur Haslund als einen Autor anführt, der der gleichen Meinung ist, wie er.

Nach Rosenthal (10) geht in der Mehrzahl der Fälle der lupösen Erkrankung der Nasenschleimhaut jene der äusseren Bedeckungen zuvor; nur selten verhalte es sich umgekehrt, und noch seltener bestehe die Schleimhauterkrankung für sich allein.

Bresgen (11) ist weiterhin der Ansicht, dass gerade der Tuberkelpilz am vorderen Ende der Nasenscheidewand, wo wunde Stellen sich finden, eindringe und dann später scheinbar aus heiler Haut den Lupus entstehen lasse. Er stützt sich dabei auf einen von ihm beobachteten Fall, der deutlich den Übergang von der

Nasenscheidewand auf die äussere Haut beweist und ferner auf die Tatsache, dass man häufig anamnestisch von einem nässenden Ausschlag in früher Jugend hören könne, der von der Nase ausgegangen wäre, wobei dann jedesmal auch eine Verschwellung der Schleimhaut zu konstatieren gewesen sei.

Chiari (12) spricht sich dahin aus, dass der Lupus sehr häufig in der Nase beginne und zwar in ihrem vorderen Anteile. Wenn man bei den so zahlreichen Fällen von Gesichtslupus die Anamnese aufnimmt, wird man sehr häufig erfahren, dass die betreffenden Individuen schon lange Zeit vor dem Auftreten des Lupus an wundem Naseneingang oder geradezu an Geschwürsbildung im Introitus gelitten haben. Nicht selten findet man auch Fälle, wo eben nur die Gegend der vorderen Nasenöffnungen der Sitz des Leidens ist. Später breitet es sich dann wohl gewöhnlich auf die Gesichtshaut aus.

Zarniko (13), der die Bezeichnung Schleimhautlupus nach dem Vorgehen von Hajek und Michelson aufgegeben wissen will, weil eine Differenzierung von Tuberkulose der Schleimhaut im eigentlichen Sinne nicht möglich sei, führt 1905 folgendes an: In vielen Fällen ist neben tuberkulöser Nasenschleimhauterkrankung Lupus der Nasenspitze und der angrenzenden Gesichtshaut vorhanden. Schon Neisser hat die Ansicht ausgesprochen, dass dabei die Schleimhauterkrankung die primäre sei, und Holländer bestätigt diesen Zusammenhang durch beweisende Beobachtung. Die häufige Koincidenz von Hautlupus und Nasenschleimhauttuberkulose hat dazu geführt, die in Rede stehende Schleimhauterkrankung als Lupus zu bezeichnen.

Bruck (14) meint: „Die lupöse Erkrankung der Nasenschleimhaut findet sich fast stets zusammen mit Lupus der äusseren Haut; der Primärsitz der Affektion ist in diesem Fall schwer zu bestimmen.“ Und dann weiter: „Die Schleimhaut des Rachens und Nasenrachenraumes erkrankt verhältnismässig selten an Lupus. Gewöhnlich handelt es sich um sekundäre Affektionen, die beim Lupus von der äusseren Haut oder von der Nasenschleimhaut fortgeleitet sind.“

Dass die Affektion des Nasenrachenraums durchaus nicht so selten ist, und dass es mindestens zweifelhaft ist, ob die lupösen Affektionen an dieser Stelle gewöhnlich sekundär sind, soll später an unserem Material gezeigt werden.

Katz (15), der ebenfalls zwischen Lupus und Tuberkulose der Schleimhaut keinen scharfen Unterschied macht, stellt sich auf den Standpunkt, dass der anfängliche Prozess in der Nase wegen seiner wenig alarmierenden Symptome übersehen werde und der Patient erst durch den Ausbruch der Erkrankung im Gesicht zum Arzt geführt werde. Er findet es leicht begreiflich, dass eine so

exponierte Stelle wie der Naseneingang mit häufigen Epitheldefekten, Exkoriationen etc. ähnlich wie für den Erysipelerreger, so auch für den Tuberkelbazillus leicht einen Angriffspunkt bieten könne, zumal gerade diese Stelle sowohl dem Luftstrom mit allen seinen Keimen, als auch den Beleidigungen des kratzenden Fingers ausgesetzt sei und so das tuberkulöse Virus direkt eingeimpft würde.

In Körners (16) Lehrbuch findet sich hierüber folgender Passus: Der Lupus findet sich an der Nasenschleimhaut meistens in Verbindung mit Lupus der äusseren Nasenhaut. Auf der Schleimhaut lassen sich die charakteristischen Knötchen nicht so leicht erkennen wie auf der Haut.

In dem Lehrbuch von Schmaus-Herxheimer (17) ist der Schleimhautlupus noch wenig berücksichtigt; es heisst: „Der Lupus ist eine eigenartige Form von tuberkulöser Erkrankung der äusseren Haut und gewisser Schleimhäute (der Lippen, der Mundhöhle, des Kehlkopfes)." Die häufigste Lokalisation des Schleimhautlupus, die Nasen- und Nasenrachenschleimhaut, ist somit nicht einmal erwähnt. Dann heisst es an einer anderen Stelle: „Der Lupus greift von der Haut des Gesichtes manchmal auf die Schleimhaut der Nase und der Lippen, von da auf den Gaumen, den Racheneingang, selbst auf den Kehlkopf, von den Augenlidern auf die Konjunktiva, die Kornea etc. über. An Schleimhäuten führt der Lupus nicht zur Bildung von Knötchen, sondern von vornherein zu diffusen Infiltraten und Ulzerationen, schliesslich vielfach zur Entstehung ausgedehnter, mit starker Verunstaltung der ergriffenen Teile einhergehender Narben." Das Übergreifen auf die Schleimhaut wird also schon als Seltenheit betrachtet, von der Möglichkeit eines primären Beginnes ist überhaupt keine Rede.

Dagegen sagt Grouven (18) in Rieckes Lehrbuch: „Auch die Schleimhaut ist sehr häufig der Sitz lupöser Veränderungen, die sich besonders an der Nasenschleimhaut entweder primär lokalisieren, oder aber von der zuerst erkrankten äusseren Haut per contiguitatem auf die Schleimhaut fortsetzen. Primärer Lupus der Nasenschleimhaut verbirgt sich im Beginn oft unter dem Bilde unscheinbarer Rhinitisformen, banaler Erosionen und Ulzerationen. An anderen Schleimhäuten ist er jedenfalls erheblich seltener. . . . Meist kommt es bei länger bestehendem primärem Schleimhautlupus der Nase zur sekundären lupösen Erkrankung der äusseren Haut durch Fortschreiten des Prozesses in der Umgebung der Nasenöffnungen oder durch Fortleitung der Erkrankung durch den Tränennasengang."

Eine besondere Betonung des Zusammenhanges von Schleimhaut- und Hautlupus findet sich bei Seifert (19): „Ganz besonders häufig geht der Lupus der Gesichtshaut, speziell der Nasenhaut von einer primären tuberkulösen (lupösen) Erkrankung der Nasenschleim-

haut aus. Wir untersuchen in jedem Fall von Gesichtslupus genau das Innere der Nase und finden nahezu regelmässig den primären Sitz der Erkrankung am Septum der Nase, am Boden der Nasenhöhle oder an den unteren Muscheln. Von den beiden letzteren Stellen aus kommt eine Infektion des Tränennasenkanales, eine Dakryozystitis mit Perforation des Tränensackes zustande, und von der Perforationsstelle aus entwickelt sich ein Lupus der äusseren Haut. Dass auch der umgekehrte Weg oft genug beschritten wird, dass ein primärer Lupus der äusseren Haut sekundär auf die Schleimhäute übergeht, besonders auf die der Nase, dann der Lippen und des Zahnfleisches, und weiterhin auch auf weichen und harten Gaumen, auf Zunge und Wange, soll nicht bestritten werden."

In einer anderen Arbeit weist Seifert (20) auf die Notwendigkeit der rechtzeitigen rhinoskopischen Untersuchung von allen lupusverdächtigen Fällen hin, da der primäre Sitz der lupösen Erkrankung im Inneren der Nase zu suchen sei, und schreibt dann weiter, von ebenso grosser Bedeutung für den primären Sitz des Lupus scheine ihm der Nasenrachenraum zu sein, da man bei einer hohen Prozentzahl von Lupus der äusseren Nase mehr oder minder ausgedehnte Narbenbildung im Nasenrachenraum finde, die auf spontan ausgeheilte Lupusherde zurückzuführen seien.

Um den Sitz des primären Lupusherdes im inneren Winkel des Nasenvorhofes nachweisen zu können, hat Gerber (34) einen eigenen kleinen Spiegel konstruiert. Gerber bedauert mit Recht, dass in dem von dem Lupus-Ausschuss des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose herausgegebenen Flugblatte der Bedeutung rhinologischer Untersuchung des Gesichtslupus keine Erwähnung getan ist.

M. Senator (35) schloss sich den Ausführungen Gerbers über die Wichtigkeit des Schleimhautlupus an und hob hervor, dass die nötige Kenntnis oder Beachtung des Zusammenhanges von Schleimhautlupus und Lupus der äusseren Haut ausserhalb der rhinolaryngologischen Kreise noch keineswegs genügend verbreitet sei.

In der Arbeit von Albanus (36) sind an praktischen Beispielen die einzelnen Möglichkeiten erörtert, die zum Teil als neue präzise Erklärungen des Auftretens von Lupus in der Nase und Weiterschreiten des Prozesses in die Umgebung der Nase angesehen werden können. Hervorgehoben wird die Bedeutung der erkrankten Nasenschleimhaut für Ätiologie und Therapie des Hautlupus, die von einigen Dermatologen und Allgemeinpraktikern immer noch nicht in der nötigen Weise anerkannt wird. Dass der Schleimhautlupus der Nase grössere Beachtung als bisher verdient, wird auch von Walb (40) betont, indem er ausführt, dass dieser fast stets dem Hautlupus vorausgehe und im vorderen Abschnitt der Nasenscheidewand beginne.

In gleicher Weise wie Gerber, Senator, Albanus u. A. weist auch Poli (37) auf die hohe Bedeutung latenter Tuberkulose in den oberen Luftwegen für die Bekämpfung der Tuberkulose hin.

Es soll nun Aufgabe dieser Arbeit sein, an dem Material der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen-Kehlkopfkranke in Würzburg nachzuweisen, dass in der grössten Anzahl von Fällen mit Gesichtslupus auch lupöse Veränderungen der Schleimhaut der oberen Luftwege vorhanden sind, sei es in Form von lupöser Infiltration, Granulation, Ulzeration oder Narbenbildung, und dass es ferner in einzelnen Fällen gelingt, direkt den Übergang des Lupus von der Schleimhaut auf die Gesichtshaut nachzuweisen.

Es seien zunächst die Krankengeschichten sämtlicher hier in Betracht kommender Fälle kurz angeführt[1]):

1. S. Margarethe, 56 J., Gemüsehändlerin, 1. XII. 1905. Patientin leidet seit 20 Jahren an Lupus des Gesichtes. Es besteht gegenwärtig Lupus serpiginosus des Gesichtes, Halses, Rückens und der Oberarme. Die Nase ist links durch Narbenverziehung stark verengt. Am Dach des Nasenrachenraumes sind ausgedehnte Narben. Es wird Dilatation der Stenose mit Elfenbeinbougies vorgenommen.

3. R. Anna, 24 J., Schuhmacherstochter, 16. XII. 1905. An der Nase besteht seit 2 Jahren Lupus. Patientin sehr gross, mittelkräftig gebaut. Der rechte Nasenflügel narbig verändert. An der rechten unteren Muschel sind typische granulierte Wucherungen, links weniger. An der Hinterwand und am Dach des Nasenrachenraumes sind Narben. Die Granulationen rechts werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponiert. Am 20. XII. werden die Granula der linken unteren Muschel ausgekratzt und tamponiert. Der Tampon wird am 22. XII. entfernt; seitdem hat sich Patientin nicht mehr sehen lassen.

5. R. Sophie, 26 J., Näherin, 30. III. 1906. Patientin hat seit Jahren eine gerötete Nasenspitze und Borken dortselbst. Patientin blass und schlecht genährt. Auf der Nasenspitze sind dicke Krusten und kleine Knötchen auf geröteter Basis. An der rechten unteren Muschel und am Septum cartilagineum rechts sind lupöse Granulationen. Am Nasenrachendach sind Narben. Patientin wird zweimal kürettiert.

6. S. Magdalene, 53 J., Häckersfrau, 23. V. 1906. Schon seit 10 Jahren leidet Patientin an Lupus der Nase. Patientin ist klein und schwächlich gebaut. Lupus der äusseren Nase abgeheilt. Der Nasenrücken ist eingesunken. Das Septum cartilagineum perforiert. Granulationen an beiden unteren Muscheln. Narben an der Hinterwand des Nasenrachenraumes. Die Granulationen werden ausgekratzt. Am 12. II. 1912 kommt Patientin wieder. Es besteht Lupus exfoliativus des Nasenrückens, sowie Narben an der Nasenspitze und den Nasenflügeln. Die Ränder der Septumperforation sind mit lupösen Granulationen besetzt, ebenso der Nasenboden und die unteren Muscheln beiderseits. Da im Winter 1912/13 wieder Verschlimmerung der Rötung und Krustenbildnng eintritt, kommt Patientin am 22. I. 1913 mit dem gleichen Befund wie zuletzt. Es wird Kurettage vorgenommen.

10. E. Gottlieb, 23 J., Fabrikarbeiter, 17. I. 1907. Vor 10 Jahren trat Lupus am linken Mundwinkel auf. Patient gross, mässig kräftig. Die Nasenspitze ist

[1]) Die Fälle 2, 4, 7, 8, 9, 19, 20, 21, 24, 38, 45, 60 und 61 sind im Zusammenhang mit dem folgenden Text angeführt.

narbig verschmälert, ebenso der Nasenflügel. Der Naseneingang ist verengert, so dass das Naseninnere nicht zu sehen ist. Der Nasenrachenraum mit Narben an der hinteren und oberen Wand versehen. Am rechten Mundwinkel sind lupöse Granulationen. Patientin wird mit Tuberkulin behandelt.

11. J. Katharina, Erdarbeitersfrau, 25. II. 1907. Patientin hat seit 2 Jahren einen Ausschlag an der Nase und ist wegen Lupus in anderweitiger Behandlung gestanden. Im Gesicht und an der Nase sind Lupusnarben. Beide unteren Nasengänge mit lupösen Wucherungen besetzt. Das Septum ist perforiert. Auch die äussere Nase mit Granulationen besät. Patientin wird am folgenden Tag kurettiert.

12. E. Marie, 70 J., 7. III. 1907. Patientin leidet seit 10 Jahren an Lupus des Gesichtes. Die rechte Wange ist hyperplastisch, mit konfluierenden Lupusplaques dicht besetzt; Nasenflügel und Nasenspitze sind dicht mit Lupusknötchen und Ulzerationen versehen. Auf der Schleimhaut des Septums und der unteren Muscheln lupöse Granulationen. Am Dach und an der Hinterwand des Nasenrachenraumes Narben. Das Zahnfleisch des rechten Oberkiefers ist lupös infiltriert. Es wird der Patientin Operation vorgeschlagen. Patientin nicht weiter beobachtet.

13. W. Wilhelmine, 33 J., Taglöhnerin, 30. III. 1907. Seit 20 Jahren leidet Patientin an Lupus der Nase und des Gesichtes. Patientin ist mittelgross, kräftig. Es besteht ausgedehnter Lupus der äusseren Nase und des Gesichtes. Der Naseneingang ist so stark narbig stenosiert, dass ein Einblick nicht möglich. Ausgedehnte Narben im Nasenrachenraum. Es wird Operation vorgeschlagen, Patientin nicht weiter beobachtet.

14. F. Margarethe, 54 J., Taglöhnerin, 1. V. 1907. Patientin leidet seit 8 Jahren an einer Entzündung der äusseren Nase; sie bekommt schlecht Luft durch die Nase. Patientin mittelgross, schlecht genährt. Es besteht Lupus der äusseren Nase. An den unteren Muscheln und am Septum lupöse Granulationen. Narben an der Hinterwand des Nasenrachenraumes. Patientin kommt am 7. VI. 1911 wieder. Der Lupus der äusseren Nase hat sich auch über die angrenzenden Wangenpartien ausgebreitet. Die Naseneingänge jetzt so verengt, dass ein Einblick in die Nase nicht mehr möglich ist. Es sind Narben auch an der hinteren Rachenwand entstanden. Am 21. VI. 1912 kommt Patientin mit dem gleichen Befund wie zuletzt.

15. K. Elisabeth, 16 J., 4. VI. 1907. Die kleine, schwächliche und anämische Patientin hat seit 3 Jahren einen Ausschlag an der Nase. Die Nasenflügel und die Nasenspitze sind mit Lupusknötchen und Ulzerationen besetzt. Am Septum cartilagineum beiderseits lupöse Granulationen. Narben an der Hinterwand des Nasenrachenraumes. Operation vorgeschlagen.

16. F. Ludwig, 17 J., Schneidergeselle, 17. X. 1908. Patient ist wegen Lupus in Spitalbehandlung. Der Lupus besteht schon seit dem 8. Lebensjahr. Patient schwächlich und blass. Die äussere Nase durch Lupus verunstaltet; die angrenzenden Partien der Wangenschleimhaut ebenfalls lupös erkrankt. Es bestehen lupöse Granulationen am Boden der Nasenhöhle und an den unteren Muscheln. Das Septum cartilagineum ist perforiert; die Ränder der Perforationsöffnung ebenfalls mit lupösen Granulationen besetzt. Im Nasenrachenraum Lupusnarben. Es wird Kurettement der Granulationen vorgenommen. Am 25. X. wird Patient gebessert entlassen. Am 28. IX. 12 kommt Patient wieder, von der Hautklinik geschickt, mit ausgedehnten lupösen Granulationen am Septum und an den unteren Muscheln. Am Dach des Nasenrachenraumes lupöse Infiltrate. Es wird Kurettement vorgeschlagen.

17. G. Maria, 26 J., Bauerntochter, 23. X. 1907. Die mittelgrosse, schwächliche Patientin hat seit 7 Jahren Lupus an der Nase. Die äussere Nase mit Lupusknötchen und Ulzerationen besetzt und stark verdickt. An der rechten unteren Muschel leicht blutende lupöse Granulationen. Der Nasenrachenraum ist normal.

Es wird Kurettement vorgenommen und die Patientin am 3. XI. mit geheiltem Lupus des Naseninnern entlassen. Am 2. I. 1908 kommt Patientin wieder und zeigt an beiden unteren Muscheln lupöse Infiltrate, sowie lupöse Granulationen am Dach des Nasenrachenraumes. Patientin wird kurettiert und am 23. I. als geheilt entlassen.

18. C. Nikolaus, 38 J., Dienstknecht, 11. I. 1908. Patient klagt über Heiserkeit und Schluckbeschwerden. Es besteht Lupus der äusseren Haut des Gesichtes in grosser Ausdehnung. Am weichen Gaumen finden sich zahlreiche Lupusknoten. Der linke hintere Gaumenbogen ödematös verdickt. Die befallenen Stellen werden mit Kokain-Alypin bespült, worauf sofortige Erleichterung des Schlingens eintritt.

22. H. Johann, 35 J., Seiler, 29. IV. 1908. Der grosse, mittelkräftige Patient ist wegen Lupus der Nase im Juliusspital in Behandlung. Im Bereiche der äusseren Nase und des ganzen Gesichtes zahlreiche Lupusnarben. Die Nasenschleimhaut, der Nasenrachenraum, Mund und Mundrachenraum sowie Larynx vollständig intakt.

23. N. ?, 46 J., ?, 8. V. 1908. Es besteht Lupus der äusseren Nase seit 15 Jahren. An der äusseren Nasenhaut sind Lupusnarben und einzelne Knötchen. Das Septum cartilagineum ist perforiert, an den Perforationsrändern bestehen Lupusgranulationen; ebensolche an den unteren und mittleren Muscheln. Im Nasenrachenraum sind ausgedehnte Narben.

24. S. Aurelie, 17 J., Dienstmädchen, 11. V. 1908. Patientin leidet an Lupus der Gesichtshaut und der äusseren Nase; sie wird von der Hautklinik zur Demonstration geschickt. An der rechten unteren Muscheln bestehen lupöse Granulationen.

26. S. Dora, 43 J., Witwe, 19. V. 1908. Die mittelgrosse, schwächliche Patientin leidet an Verstopfung der Nase. An der linken Wangenhaut eine kleine lupöse Stelle. Am Septum cartilagineum und an der Innenfläche des linken Nasenflügels lupöse Granulationen. Der Nasenrachenraum frei. Es wird Kurettement vorgenommen. Am 19. I. 1909 kommt Patientin wieder, da seit 3 Wochen ein Ausschlag im Gesicht aufgetreten ist. Es besteht jetzt Lupus der äusseren Nase. Im unteren Nasengang rechts, am Septum links, sowie an der Innenfläche des linken Nasenflügels lupöse Granulationen. Desgleichen am Nasenrücken und an der linken Wange lupöse Knötchen. An der hinteren Wand des Nasenrachenraumes Narben. Es wird wieder Kurettement vorgenommen.

27. S. Martin, 14 J., Bauernsohn, 20. V. 1908. Der schmächtige, blasse Patient hat seit 3 Jahren einen Ausschlag an der Nase. Der rechte Nasenflügel ist derb infiltriert, gerötet und gegen den Naseneingang hin ulzeriert. An der unteren Muschel lupöse Granulationen. Es wird kurettiert.

28. P. Barbara, 27 J., Bauerntochter, 21. V. 1908. Die grosse, kräftige Patientin leidet seit 6 Jahren an Lupus der Nase und des Gesichtes. Es besteht Lupus exulcerans der Oberlippe. Die äussere Nase teilweise narbig zerstört. Der Naseneingang ist sehr eng, an der rechten unteren Muschel lupöse Granulationen. An der hinteren Wand des Nasenrachenraumes ausgedehnte Narben, keine frischen Erscheinungen. Kurettement.

29. K. Karl, 41 J., Taglöhner, 25. V. 1908. Im vergangenen Winter ist die Nase aufgebrochen, wobei sich Eiter entleert haben soll. Seit 6 Wochen bemerkt Patient Knötchen auf der Nase. An der Nasenspitze ein erbsengrosser Lupusknoten. Nasenschleimhaut und Nasenrachenraum frei. Kurettement.

30. R. Maria, 55 J., Wirtsfrau, 27. VIII. 1908. Die grosse, schwächliche Patientin klagt über Schmerzen in der Nase. Seit 1 Jahr machen sich entzündliche Erscheinungen an der äusseren Nase bemerkbar. An der Nasenspitze und den Nasenflügeln Lupusknötchen, die Haut verdickt. Der Naseneingang durch dicke,

grosse Borken verengt. Das Septum perforiert. Die Perforationsränder mit lupösen Granulationen besetzt, ebenso die beiden unteren Muscheln. An der Hinterwand des Nasenrachenraums Narben. Die lupösen Stellen werden ausgekratzt.

31. D. Barbara, 70 J., XII. 1908. Patientin, die auf einem Auge einen Altersstar hat, leidet seit 5 Jahren an Gesichtslupus. Es bestehen lupöse Infiltrate an der Haut der Wangen und der Nase, sowie Narben an den Nasenflügeln. Der Naseneingang ist stark verengert. Das Septum cartilagineum perforiert. Frische lupöse Veränderungen in der Nase nicht vorhanden. Patientin wird der Hautklinik überwiesen.

32. E. Ludwig, 22 J., Bauer, 1. II. 1909. Der grosse, kräftige Patient hat seit 5 Jahren Geschwüre auf der Nase. Es besteht ulcerierender Lupus an den Nasenflügeln und an dem rechten unteren Nasengang, sowie Granulationen an der Unterfläche der rechten, unteren Muschel. Am Dach des Nasenrachenraumes lupöse Granulationen. An der hinteren Rachenwand finden sich grosse Ulcera mit aufgeworfenem Rande. Die mikroskopische Untersuchung eines Gewebsstückchens von der Umgebung der Ulceration an der hinteren Rachenwand ergab Tuberkulose. Am 13. I. 1910 kommt Patient wieder mit kreisrunden, in der Mitte zerfallenen Infiltraten an der hinteren Rachenwand bis in den Nasenrachenraum hinaufragend.

33. E. Friedrich, 13 J., Taglöhnerssohn, 27. II. 1909. Lupus der äusseren Nase besteht seit 2 Jahren. Patient klein, aber wohlgenährt. Am Septum cartilagineum beiderseits und an der unteren Muschel links lupöse Granulationen. Der Nasenrachenraum frei.

34. T. Josef, 48 J., Dienstknecht, 24. V. 1909. Es besteht Lupus facilis seit 8 Jahren. Die äussere Nase, Nasenspitze, Nasenflügel, Nasenrücken und angrenzenden Wangenpartien dick mit Lupusknoten bedeckt. Am Septum beiderseits lupöse Granulationen. Narben an der Hinterwand des Nasenrachenraumes. An der Uvula lupöse Infiltrate, teilweise vernarbt, so dass die Uvula verunstaltet erscheint. Es wird kurettiert. Am 14. II. 1913 kommt Patient wieder mit ausgebreiteter Erkrankung des ganzen Gesichtes. Am Septum cartilagineum eine kleine Perforation mit gewaltigen Granulationsmassen. Ebensolche an dem Nasenboden und beiden unteren Muscheln. Patient war von der Hautklinik zur Untersuchung geschickt worden.

35. H. Peter, 12 J., 22. VII. 1909. Seit 6 Jahren Lupus des Gesichtes. Der Junge seinem Alter entsprechend gross und kräftig. Es besteht Lupus der Nase und der Wangenhaut. Am Septum beiderseits lupöse Wucherungen, die leicht bluten, mit Krustenbildung. Am Nasenrachendach lupöse Granulationen. Operation wird vorgeschlagen.

36. K. Anton, 29 J., 22. VII. 1909. Der grosse, kräftige Patient leidet seit 10 Jahren an Lupus des Gesichtes. Es besteht Lupus der Nase und der Wangenhaut rechts bis unter den Rand des Unterkiefers reichend. Beiderseits am Septum und den unteren Muscheln lupöse Granulationen. An der Hinterwand des Nasenrachenraumes Narben.

37. D. Emilie, 13 J., Tapeziererskind, 23. IX. 1909. Das Kind hat seit 2 Jahren einen Ausschlag im Gesicht und an der Nase. An der linken Halsseite besteht ausgedehnter Lupus serpiginosus, an der Haut der Oberlippe miliare Lupusknötchen, ebenso am rechten Nasenflügel. An der rechten unteren Muschel lupöse Infiltrate.

39. F. Eva 71, J., Fabrikarbeiterswitwe, 4. I. 1911. Patientin klagt über Verstopfung der Nase besonders rechts. Seit 2 Jahren hat sie einen Ausschlag an der äusseren Nase. An der Nasenspitze und an den Nasenflügeln Lupusknötchen, zum Teil ulzeriert. An der rechten unteren Muschel und am Septum lupöse Granu-

lationen. Der Nasenrachenraum frei. Es wird Kurettement vorgenommen und Blaulösung (Seifert [41]) angewandt.

40. S. Eva, 53 J., Bauersfrau, 25. I. 1911. Bei der mässig kräftigen Patientin kommt täglich mehrmals Blut und Eiter aus der rechten Nase. Ein Ausschlag an der äusseren Nase besteht seit 1½ Jahren. An der rechten Wange und am rechten Nasenflügel beginnender Lupus. Am vorderen Teile der rechten unteren Muschel Krusten, Borken und Knötchen, ebenso an der Innenseite des rechten Nasenflügels und an der rechten Fläche des Septums. Es wird Blaulösung angewandt.

41. K. Barbara, 9 J., Heizerskind, 3. IV. 1911. Das Kind ist gut genährt. Es besteht Lupus am linken Unterarm. Aus beiden Naseneingängen quellen Granulationswucherungen hervor, die am Septum, unterer Muschel und am Boden der Nasenhöhle ihren Sitz haben. Der Nasenrachenraum frei. Es wird kurettiert und mit Chromsäure geätzt.

42. D. Mathilde, 19 J., Bauerntochter, 7. VI. 1911. Seit 1 Jahr besteht Wundsein und Krustenbildung an der Nase. Lupus der Nasenflügel und der Nasenspitze. Lupöse Granulationen der Naseneingänge und des Septums. Im Nasenrachenraum Narben, ebenso an der hinteren Rachenwand. Vom Lupus ist ergriffen auch die Uvula und die Schleimhaut oberhalb der Schneidezähne von einem Eckzahn zum andern. Es wird Blaulösung angewandt.

43. H. Apollonia, 54 J., Taglöhnerin, 27. VI. 1911. Die grosse, kräftige Patientin hat seit mehreren Jahren keine Luft in der Nase. Es besteht Lupus der äusseren Nase und der Wange. Das Septum cartilagineum perforiert; lupöse Wucherungen in der Umgebung des Perforationsrandes. Am Dache und an der Hinterwand des Nasenrachenraumes Lupusnarben.

44. W. Joseph, 12 J., Pflegekind, 11. VII. 1911. Patient hat seit ½ Jahr einen Ausschlag an der Nase. Am Naseneingang sowie an der Nasenspitze und der Oberlippe starke Krustenbildung, Rötung und Schwellung. Nach Entfernung der Krusten zeigen sich Defekte am Nasenflügel und Knötchen. Am Nasenboden und an der rechten unteren Muschel lupöse Granulationen. An der hinteren Rachenwand Narben, die bis an das Dach des Nasenrachenraumes hinaufgehen. Die Gaumenbögen knotig infiltriert. Patient kommt am 17. VI. 1912 wieder. Es ist jetzt auch die linke untere Muschel im vorderen Teil mit lupösen Granulationen versehen. Die Uvula durch Narben deformiert.

46. B. Bertha, 15 J., 10. I. 1912. Patientin leidet seit 7 Jahren an Lupus der Nase. Es besteht Lupus der äusseren Nasenhaut mit unförmlicher Verdickung der Nase. Am Boden der Nasenhöhle lupöse Granulationen. Sonst alle Schleimhäute frei. Kurettement wird vorgenommen.

47. K. Anna, 23 J., Köchin, 28. III. 1912. Patientin hat eine Hautaffektion seit 5 Wochen am rechten Mundwinkel, seit 1 Jahr an der Nase. Es besteht Lupus am rechten Mundwinkel. Rechts am Naseneingang und am Rande des Nasenflügels lupöse Knötchen; am Boden der Nase lupöse Granulationen. Kurettement.

48. K. Georg, 15 J., 12. VI. 1912. Patient leidet seit 8 Jahren an Lupus der Nase. Die äussere Nase und ein grosser Teil der angrenzenden Wangenhaut lupös erkrankt. An den beiden unteren Muscheln und der Innenseite der beiden Nasenflügel lupöse Granulationen. Keine Affektion im Nasenrachenraum. Kurettement.

49. E. Anna, 68 J., 19. VI. 1912. Die Patientin, die elend aussehend ist, leidet seit 15 Jahren an Lupus der Nase. Die Nase durch Narben stark verschmälert. Der ganze häutige und ein Teil des knorpeligen Septums zerstört, es fehlt die Nasenspitze und ein grosser Teil der Nasenflügel. Narben an den unteren Muscheln. Im Nasenrachenraum zeigen sich lupöse Granulationen am

Septum. An der hinteren Rachenwand sind Narben, die sich in den Nasenrachenraum erstrecken. Entfernung von Granulationen am Septum. Blaulösung.

50. E. Notburga, 19 J., VI. 1912. Patientin wird von der Hautklinik zur Untersuchung geschickt. Es besteht Lupus der äusseren Nase und der angrenzenden Wangenhaut. An den unteren Muscheln und am Nasenboden sowie an der linken Septumseite lupöse Granulationen. An der Hinterwand des Nasenrachenraumes Narben, die bis in den oralen Teil des Rachens hinunterreichen. Es wird Kurettement vorgeschlagen.

51. K. Maria, 24 J., 21. VI. 1912. Patientin wird von der Hautklinik geschickt. Die Nasenspitze, Nasenflügel, Septum mobile und cartilagineum zerstört. Am Septum, an der linken mittleren und unteren Muschel, sowie an der rechten unteren Muschel lupöse Granulationen. Im Nasenrachenraum Narben. Kurettement.

52. K. Rosa, 21. J., Bauerntochter, 17. VII. 1912. Patientin wird mit der Diagnose Lupus vulgaris von der Hautklinik geschickt. Es besteht Lupus der Nasenspitze. An der rechten unteren Muschel lupöse Granulationen. Im Nasenrachenraum Narben, die bis in den Mundrachenraum herabreichen. Es wird Kurettement vorgeschlagen.

53. S. Michael, 60 J., Zeugmacher, 27. VIII. 1912. Patient hat Rötung an der Nasenhaut. Auf der rechten Seite der Nasenspitze besteht lupöse Infiltration. Lupöse Knötchenbildung auf der linken Seite des Septum cartilagineum. Kurettement.

54. M. Babette, 40 J., Bauersfrau, 28. VIII. 1912. Patientin wegen Lupus in ärztlicher Behandlung. Auf dem Nasenrücken ein Ulcus mit fein ausgenagten Rändern. Nasenspitze und Nasenflügel lupös erkrankt. Beide untere Muscheln sowie das Septum links mit lupösen Granulationen besetzt. Kurettement.

55. B. Ursula, 47 J., Häckersfrau, 2. IX. 1912. Patientin befindet sich wegen Lupus in der Hautklinik. Die äussere Nase und die Wangen beiderseits lupös erkrankt. Zu beiden Seiten des Septum cartilagineum sind Granulationsmassen. Untere Muschel und Nasenboden beiderseits lupös infiltriert. An der Vorderfläche des weichen Gaumens ein ausgedehntes Infiltrat. Lupöse Infiltration in grosser Ausdehnung an der Rachenwand. Kurettement vorgeschlagen.

56. S. Georg, 25 J., Ziegelarbeiter, 24. IX. 12. Patient wird mit der Diagnose Lupus von der Hautklinik geschickt. Es findet sich ein kleines Lupusknötchen rechts am Septum und unterer Muschel.

57. P. Margaretha, 49 J., Flössersfrau, 10. X. 1912. Patientin wird mit der Diagnose Lues III und Lupus vulgaris von der Hautklinik geschickt zur Untersuchung des Naseninneren. Im Nasenrachenraum lupöse Granulationen. An der vorderen Fläche des weichen Gaumens ausgedehnte Infiltrate und Ulcerationen.

58. P. Marianne, 56 J., Bauersfrau, 14. X. 12. Patientin hat seit 15—16 Jahren Entzündungen an der Nase. Der Naseneingang verengert, das Naseninnere frei von lupösen Affektionen. Am Dach des Nasenrachenraumes Narben. Die Uvula gerötet und verdickt, ebenso der linke Gaumenbogen, der zum Teil ulzeriert ist.

59. S. Agnes, 34 J., Steindruckersfrau, 5. XI. 1912. Patientin von der Augenklinik mit der Diagnose Lupus geschickt. Es findet sich ein lupöser Herd am rechten oberen Augenlid und der angrenzenden Stirnpartie. An der Grenze zwischen Nasenboden und Septum cartilagineum ein lupöser Herd. Der Nasenrachenraum frei. Kurettement vorgeschlagen.

62. S. Anna, 28 J., Bauersfrau, 22. I. 13. Patientin hat seit 10 Jahren Drüsen am Hals, die öfters erneute Anschwellung machen; vor einigen Tagen wurden Drüsen links am Hals in der Hautklinik inzidiert. Vor ½ Jahr begann

ein Ausschlag an der Nase, der sich auch auf Wange und Kinn verbreitete. Am Septum cartilagineum besteht eine kleine mit lupösen Granulationen besetzte Perforationsstelle. Die beiden unteren Muscheln, der Nasenboden und die hinteren Partien des Septums sind mit lupösen Granulationen besetzt. Im Nasenrachenraum bestehen beiderseits Narben. Es wird Kurettement vorgeschlagen.

63. N. Apollonia, 42 J., Taglöhnersfrau, 1. II. 13. Patientin hat seit einigen Jahren eine verstopfte Nase und seit 3 Jahren Lupus der äusseren Nase. An der Innenseite des Nasenflügels, am Septum und am Nasenboden lupöse Granulationen. Am Dach des Nasenrachenraumes Narben und Granulationen. Die Uvula stark unregelmässig verdickt, zum Teil ulceriert, auch an der nasalen Fläche.

Unter den rund 7000 Patienten, die vom Dezember 1905 bis Februar 1913 in Behandlung der Poliklinik standen, fanden sich also 63 Lupusfälle, mithin rund 1%. Diese verteilen sich nach Alter und Geschlecht in folgender Weise:

Lebensjahr	Männer	Frauen	Geschlecht nicht angegeben	Summe	Prozentsatz
1—10	— (3)	1 (2)	—	1 (5)	1,5 % (7,9 %)
10—20	6 (6)	8 (11)	—	14 (17)	22,2 % (26,9 %)
20—30	4 (1)	11 (8)	—	15 (9)	23,6 % (14,3 %)
30—40	4 (4)	5 (8)	— (1)	9 (13)	14,3 % (20,6 %)
40—50	2 (2)	6 (7)	1 (—)	9 (9)	14,3 % (14,3 %)
50—60	— —	9 (5)	—	9 (5)	14,3 % (7,9 %)
Über 60	1 (1)	4 (3)	—	5 (4)	7,9 % (6,3 %)
Alter unbekannt	—	1	—	1	
Summa	17	45	1	63	

Dabei bedeuten die in Klammern beigesetzten Zahlen das Resultat, das sich ergibt, wenn man die anamnestischen Angaben für den Beginn des Leidens in Betracht zieht. Es geht aus dieser Zusammenstellung zunächst hervor, dass das weibliche Geschlecht 71,4%, das männliche 26,9% der Lupuskranken stellte. Somit wird auch an unserem Material die alte Regel bestätigt, dass man bei Frauen weit häufiger Lupus findet als bei den Männern. Dagegen wird der zweite Satz, den man allgemein annimmt, nach dem der Lupus vornehmlich in den jüngeren Lebensjahren und besonders in der Pubertätszeit auftritt, nicht so klar bestätigt; die Fälle unter und über 30 Jahren halten sich so ungefähr die Wage, selbst wenn wir die anamnestischen Daten mit in Rechnung ziehen. Es mag dies damit zu erklären sein, dass ein grösserer Teil der Patienten von der Hautklinik lediglich zur Feststellung des rhinologischen Befundes an die Poliklinik für Nasen-Kehlkopfkranke überwiesen wurde, weswegen von der genauen Aufnahme einer Anamnese häufig Abstand genommen wurde.

Betrachten wir nun die Fälle nach der Lokalisation der lupösen Erkrankungen, so finden wir 4 Fälle von reinem Schleimhautlupus

(2, 9, 21 und 25) und nur 2 Fälle mit Hautlupus bei vollständig intakter Schleimhaut (22 und 29); bei allen anderen Fällen ist äussere Haut wie Schleimhaut in gleicher Weise beteiligt. Rechnen wir also die 4 Fälle von Schleimhautlupus ab, so sind von den 59 Fällen mit Hautlupus 57 gleichzeitig mit Schleimhautlupus behaftet, das wären also 96,6%. Diese hohe Zahl beweist, was zu Anfang schon gesagt ist, dass man bei Hautlupus viel häufiger die Schleimhaut befallen findet, als man früher geglaubt hat. Je genauer die einzelnen Hautlupusfälle rhinologisch untersucht werden, je mehr die Kranken von dermatologischer Seite auch rhinologisch untersucht oder zur Untersuchung überwiesen werden, um so mehr werden diese Zahlen sich bestätigen. So erwähnt Safranek (21), der in der Universitätsklinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Budapest bei 73,9% der an Hautlupus leidenden Patienten auch lupöse Schleimhautveränderungen fand, dass Leloir 1892 bei 40%, Mygind 1898—99 bei 92%, Forchhammer 1911 am Lupusmaterial des Finseninstitutes zu Kopenhagen bei 62% Hautlupuskranker auch Schleimhautveränderungen fand. Auf die Nutzanwendung der Kenntnis von diesen hohen Zahlen soll später noch eingegangen werden.

Ziehen wir die einzelnen Abschnitte des oberen Respirationstraktus, um den es sich ja in der Hauptsache wenigstens beim Schleimhautlupus handelt, nach der Häufigkeit ihrer Beteiligung in Betracht, so finden wir bei den 61 Patienten mit Affektionen der Schleimhäute folgende Zahlen:

Nasenschleimhaut:	53	= 87,3%
Nasenrachenraum:	38	= 62,4%
Mund und Mundrachenraum:	21	= 34,4%
Kehlkopf:	9	= 14,7%

Safranek fand bei seinem Material folgende Prozentsätze:

Nasenschleimhaut	92,1%
Nasenrachen	3,9%
Mundhöhle	11,6%
Rachen	7,8%
Kehlkopf	11,6%

Bei unserem Material ist also, ebenso wie bei Safranek und anderen Beobachtern, auch die Nasenschleimhaut die häufigste Lokalisation des Schleimhautlupus. Es ist eigentümlich, dass trotz dieser grossen Zahl von Fällen man das Vorhandensein des Schleimhautlupus so lange übersehen hatte, und dass man so schwer an die Möglichkeit des primären Ursprungs auf der Schleimhaut glauben wollte, da doch der Gesichtslupus so augenfällig gerade an der äusseren Nase und den angrenzenden Gesichtsteilen sich

am liebsten lokalisiert. Unter unserem Material befindet sich ein Fall, wo es durch längere Beobachtung besonders deutlich zu verfolgen war, wie aus einem primären Schleimhautlupus ein sekundärer Gesichtslupus entstand; es sei die Krankengeschichte von diesem Fall kurz berichtet:

9. S. Marie, 28 J., Haushälterin, 14. VIII. 1906. Die schwächlich aussehende Patientin hatte schon vor 2 Jahren an Lupus der Nasenschleimhaut gelitten und war damals kurettiert worden. Die äussere Haut der Nase vollständig normal. Im Naseneingang bestehen rechts am vorderen Teil der unteren Muschel und Septum kleine warzenartige Erhebungen, die bei Berührung leicht bluten. Es wird der Patientin Kurettage vorgeschlagen. Am 18. VIII. 1908 kommt Patientin wieder. Die äussere Nase ist mit Lupusknötchen dicht besetzt. Die Haut ist unförmlich verdickt. An der rechten unteren Muschel finden sich zahlreiche Lupusgranulationen. Es wird der Patientin die Operation empfohlen. Zum drittenmal kommt Patientin am 25. V. 1910. Die Nasenflügel und Nasenspitze sind mit Lupusknötchen und Narben besetzt. An der rechten unteren Muschel befinden sich einige lupöse Granulationen. Der Nasenrachenraum frei. Es wird kurettiert. Schliesslich erscheint Patientin nochmals am 4. I. 1912, weil sie auf der rechten Nasenhälfte keine Luft bekommt. Der Befund ist der gleiche wie 1910. Kurettement.

Es ist also hier deutlich, dass die ursprünglich nur geringe Affektion auf der Schleimhaut der rechten Nase sich langsam sowohl auf die äussere Haut als auch auf die weitere Nasenschleimhaut ausgebreitet hat, und dass man im Anfang durch einen kleinen Eingriff die Patientin wohl sicher vor der weiteren Ausbreitung hätte bewahren können.

Ein anderer Fall von primärem Schleimhautlupus, bei dem auch Pharynx und Larynx lupös affiziert waren, darf wohl ebenfalls als von der Nasenschleimhaut ausgehend betrachtet werden; die Krankengeschichte ist folgende:

25. S. Wally, 37 J., Heizersfrau, 15. V. 1908. Die mittelgrosse, mittelkräftige Frau klagt über Beschwerden beim Atmen in der Nase und über Heiserkeit. Die äussere Haut ist von Lupus frei. Die Lunge ist gesund, es besteht mässige Heiserkeit. An der Innenfläche des linken Nasenflügels und an der linken unteren Muschel finden sich Granulationen. Das Septum cartilagineum perforiert, die Perforationsränder mit Granulationen bedeckt. Am Dache des Nasenrachenraumes finden sich ebenfalls Granulationswucherungen. Die Epiglottis unregelmässig knollig verdickt, Ulcerationen sind nicht vorhanden, die Stimmbänder etwas gerötet. Die Granulationen in der Nase werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Am 25. VII. 1908 ist die Nase ausgeheilt, der Larynx unverändert.

In den vielen Fällen, wo gleichzeitig Lupus der äusseren Haut und Lupus der Nasenschleimhaut besteht, ist es natürlich schwer, ganz sicher zu beweisen, dass der Lupus vom Naseninnern ausgegangen ist, aber nach dem vergleichenden Befund beider Lokalisationsstellen wird man oft genug zu der sicheren Annahme eines intranasalen Ursprungs gelangen. Gerber (22) weist aus der Literatur nach, dass der Lupus auf der Nasenschleimhaut recht häufig besteht und gibt als Grund dafür, dass er trotzdem eigentlich so

wenig bekannt ist, an, dass die geringen Beschwerden des Schleimhautlupus den Patienten erst beim Entstehen des Gesichtslupus zum Arzt führen und dann meist zum Chirurgen und Dermatologen, die der rhinoskopischen Untersuchung nicht den gebührenden Wert beilegen, und andererseits, dass die Diagnose des reinen Schleimhautlupus häufig gar nicht so leicht zu stellen sei.

Nun darf man aber aus dem einen Extrem nicht gleich ins andere verfallen und die Behauptung aufstellen, wie es Dresch (23) nach dem Material von Escat getan hat, es gehe der Gesichtslupus ausnahmslos vom Naseninnern aus. Pistre (24) tritt dem scharf entgegen und erkennt die von Escat aufgestellten Gesetze: „Le lupus de la face est toujours sécondair au lupus de la pituitaire" und „le lupus des muqueuses conjunctivo-bucco-pharyngo-laryngées est toujours sécondair au lupus de la pituitaire", wonach die Möglichkeit eines primären Gesichtslupus oder eines primären Kehlkopflupus vollständig geleugnet ist, nicht an. Und die Tatsachen geben Pistre wirklich recht, denn so gut wie Fälle von primärem Nasenschleimhautlupus unwiderleglich nachgewiesen sind, so gut gibt es auch sichere Fälle von primärer Lokalisation des Lupus an anderen Stellen. Auch bei unseren Fällen finden sich 2 mit Gesichtshautlupus, wo auch die genaueste Untersuchung des ganzen Schleimhauttraktus keinerlei lupöse Veränderungen nachweisen konnte, und ausserdem sind 2 Fälle vorhanden, wie später noch zu zeigen ist, bei denen sowohl die äussere Haut als auch die Nasenschleimhaut intakt waren, aber in dem einen Fall der Kehlkopf allein, im anderen Kehlkopf und Rachen lupös affiziert; aus diesen Fällen geht deutlich hervor, dass die Nasenschleimhaut nicht ausnahmslos die Ursache für den Lupus im Gesicht abzugeben braucht.

Wenn wir untersuchen, wie häufig nach unserem Materiale die einzelnen Teile innerhalb der Nasenhöhle vom lupösen Prozess befallen sind, so kommen wir zu folgendem Resultate. In 4 Fällen sind die Nasenöffnungen von Granulationsmassen oder durch Narbenstränge dermassen verlegt oder eingeengt, dass ein Einblick und somit ein Erkennen, welche Teile speziell betroffen sind, unmöglich ist. Unter den übrigen 49 Fällen von lupöser Beteiligung der Nasenschleimhaut ist betroffen die rechte untere Muschel in 31, die linke untere Muschel in 27 Fällen, die rechte und linke mittlere Muschel sind dagegen nur je 2 mal beteiligt. Am Septum cartilagineum finden sich 26 mal lupöse Veränderungen, ausserdem ist es in 10 Fällen zur Perforation gekommen, wobei 7 mal die Perforationsränder in typischer Weise mit Granulationen umstellt sind. Am häutigen Septum sind lupöse Affektionen 2 mal zu verzeichnen. Ausserdem ist der Nasenboden 12 mal, der Naseneingang 2 mal, das Innere des linken

Nasenflügels 3 mal, das des rechten 2 mal, der untere rechte Nasengang 3 mal und der linke 1 mal Sitz von lupösen Veränderungen.

Betrachten wir die Art der lupösen Veränderungen an der Nasenschleimhaut, so zeigen sich fast durchweg die granulösen Formen; eine narbige Veränderung der unteren Muschel finden wir nur 3 mal. Es steht dies in voller Übereinstimmung mit der Beobachtung Safraneks, der gleichfalls im Cavum nasi selten Narbenbildung fand.

Von der Nasenschleimhaut kann sich der Lupus direkt per contiguitatem auf die benachbarte Haut oder Schleimhaut ausbreiten, insofern nicht der Nasenschleimhautlupus schon seinerseits Sekundärerscheinung und, wie noch später auszuführen ist, vom Nasenrachenraum ausgegangen ist; er kann aber auch auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen weitergeleitet werden und so an einer anderen vorher äusserlich vollkommen intakten Stelle, wobei also Inokulation ausgeschlossen ist, sichtbar werden. Besonders ist es der Weg der Lymphbahnen, den er bei seiner Ausbreitung einschlägt. Aus dem Innern der Nase kann der Lupus seinen Weg auch durch den Tränennasenkanal nehmen. Seifert (25) konnte an dem Material der Würzburger Augenklinik feststellen, dass dies gar nicht so selten vorkomme, wie Méneau und Trèche geglaubt hatten. Er fand, dass der lupöse Prozess meist am Margo infraorbitalis durchbreche und einen von da über Wange und Nase sich verbreitenden Lupus verursache. Die rhinologische Untersuchung ergab dabei, dass die lupösen Granulationen am Boden der Nasenhöhle auf die untere Muschel und wohl auch auf das Septum übergriffen, aber so, dass die nasale Mündung des Tränennasenkanals in den spezifischen Prozess mit hineinbezogen war. Seifert (26) nimmt dabei an und stützt sich dabei auch auf die Meinung einer Reihe anderer Autoren, dass in allen Fällen der Prozess in der Nase der primäre ist. Aus dem Material der Augenklinik konnte er 14 Fälle zusammenstellen mit tuberkulöser resp. lupöser Augenerkrankung; eine schärfere Unterscheidung zwischen Tuberkulose und Lupus ist dabei nicht gemacht. In diesen 14 Fällen, in welchen regelmässig Tuberkulose der Nase gefunden wurde, zeigt sich der tuberkulöse Prozess 5 mal auf den Tränenschlauch beschränkt in Form von Dakryocystoblennorrhoe resp. Fistel am Tränensack, während in den übrigen Fällen Tuberkulose der Konjunktiva der Lider oder der Kornea mit der Erkrankung des Tränenschlauches kombiniert war.

Brückner (27) stellte aus der Würzburger Augenklinik die Fälle von Tränensackerkrankung zusammen, die regelmässig der Poliklinik für Nasen-Kehlkopfkranke zur rhinologischen Untersuchung überwiesen wurden, und fand, dass in 7,3% der Fälle eine Tuberkulose der Nase vorlag.

Unter unseren Fällen finden sich 3 mit gleichzeitiger Erkrankung des Tränenschlauches:

7. S. Monika, 42 J., Wagenwärtersfrau, 30. V. 1906. Patientin ist schon vor 10 Jahren an Lupus behandelt worden. Es bestehen Lupuseffloreszenzen an der äusseren Nase und an verschiedenen Stellen des Gesichtes. Der rechte Nasenflügel ist vernarbt; im Innern der rechten Nase finden sich lupöse Granulationen. Der Nasenrachenraum narbig verändert. Am 17. VI. 1910 kommt Patientin wieder mit ziemlich ausgedehnter lupöser Zerstörung der Nasenspitze und des rechten Nasenflügels. Die Naseneingänge verengt. Links befindet sich eine Dauersonde im Tränennasenkanal, die Sonde steckt im Narbengewebe. Die untere Muschel ist stark verkleinert und narbig verändert.

8. J. Dora, 30 J., Werkzeugmachersfrau, 21. VII. 06. Die Patientin wird von der Augenklinik mit einer linksseitigen Dakryocystitis zur rhinologischen Untersuchung geschickt. Patientin hat keine Luft in der linken Nase und seit 4 Jahren links ein geschwollenes Gesicht. Es besteht Lupus vulgaris facili. In der Nase finden sich beiderseits lupöse Granulationen am Septum cartilagineum und links auch an der unteren Muschel. Kurettement.

20. G. Elisabeth, 53 J., Witwe, 10. III. 1908. Patientin wird von der Augenklinik geschickt. Patientin klagt über Nasenbluten und behinderte Atmung; sie hat seit 20 Jahren Lupus der Nase. Gegenwärtig besteht eine Dakryocystitis. Die Nase ist besonders an der Spitze narbig verschmälert. Die Naseneingänge verengt, dicht mit Borken besetzt, so dass ein Einblick in das Innere nicht möglich ist. An der Hinterwand und am Dach des Nasenrachenraumes zeigen sich ausgedehnte Narben.

Es geht aus diesen Krankengeschichten zwar nicht ohne weiteres der lupöse Charakter der Tränennasengangserkrankung hervor, aber sicherlich besteht insofern ein Zusammenhang zwischen der Augenerkrankung und dem Nasenlupus, als durch die Granulationen und Narben der Abfluss des Tränensackes durch den am Ausgang verlegten Tränennasengang behindert und so die Veranlassung zu entzündlichen Veränderungen des Tränensackes und Tränenganges gegeben wurde.

Klar zeigen sich auch die Beziehungen zwischen Augen- und Nasenerkrankung, wenn man das therapeutische Resultat betrachtet; denn es ist nur dann an eine Besserung der Augenerkrankung zu denken, wenn vorher das primäre Nasenleiden gründlich behandelt ist, wie dies auch Seifert und Brückner in ihren genannten Arbeiten betonen.

An zweiter Stelle finden wir am häufigsten den Nasenrachenraum von lupösen Schleimhautveränderungen betroffen, und zwar, wie schon oben erwähnt, in 38 von 61 Fällen. Damit haben wir einen weit grösseren Prozentsatz zu verzeichnen, als er in anderen Kliniken gefunden wurde. Safranek berechnet 3,9% und geht in seiner Besprechung eigentlich überhaupt nicht weiter auf diese Lokalisationsstelle ein. Seifert (28) beschrieb einen Fall von Primärlupus des Nasenrachenraumes, den er übrigens mit Felix für äusserst selten hielt, und nannte an dieser Stelle noch Luc, Burger,

Koschier, Fränkel, Wappner, die alle Fälle von Lupus des Nasenrachenraumes anführen, wobei es sich allerdings stets um sekundären Lupus handelt. In einer späteren Arbeit (29), wo er seine Erfahrungen über dieses Thema nach dem Jahre 1899 berichtet, nennt er Fälle von Ehrmann und Birkell. Ferner führt er Bresgen an, der ebenfalls den Nasenrachenraum ausserordentlich häufig erkrankt findet, während Mygind an einen direkten Übergang des Lupus von der Nasenhöhle auf die Schleimhaut des Nasenrachenraumes nicht glauben will; er fand unter 200 Fällen von Lupus — 129 mit Affektion der Nase — nur 5 mal die Choanen affiziert. Treitel und Luc beobachteten solche Fälle, Levy fand unter 63 Lupusfällen der oberen Luftwege 2 mal den Nasenrachenraum mitbeteiligt, Chiari hält den Lupus im Nasenrachenraum für selten.

Unter den 1200 ersten Hautlupuspatienten, über welche Forchhammer (39) berichtet, hatten 60% Lupus im Cavum nasi, 2,5% im Pharynx, 5% im Larynx, der Nasenrachenraum ist von der ersteren Zahl nicht abgetrennt. Forchhammer nimmt an, dass bei den initialen Fällen von Hautlupus mindestens bei der Hälfte der Lupus seinen primären Sitz auf den Schleimhäuten hatte. Unter den 64,5%, in welchen Lupus der Schleimhaut nachgewiesen war, fand Mygind nur 5 mal den Nasenrachenraum beteiligt, er nimmt an, dass der Lupus sich selten direkt aus der Nasenhöhle auf die Schleimhaut des Nasenrachenraumes hinüber fortpflanzt, einer primären Erkrankung des Nasenrachenraumes tut er keine Erwähnung.

Seifert kommt nach seinen und nach den in der Literatur gesammelten Beobachtungen zum Schluss, dass der primäre Lupus des Nasenrachenraumes zwar selten, der sekundäre dagegen viel häufiger vorkomme, als man annehme. Wenn er es damals auch nicht zahlenmässig beweisen konnte, so wusste er doch aus seiner Erfahrung, dass man bei der postrhinoskopischen Untersuchung sehr häufig neben frischen lupösen Infiltraten, Ulcerationen, besonders auch lupöse Narben finden kann; aus letzterer Tatsache schliesst er, dass die Heilungsbedingungen gerade im Nasenrachenraum ausserordentlich günstige seien. Vom Nasenrachenraum vermag der Lupus auch durch die Tuben auf das Mittelohr fortzuschreiten, wofür Wappner, Politzer, Gradenigo, Liaras und Levy Belege anführen. Als besondere Lokalisationsstellen führt Seifert an den hinteren Rand des Septums, die nasale Fläche der Uvula, das Rachengewölbe, die Hinterwand des Rachens und die Tubenwülste.

Was Seifert nach seiner Erfahrung behauptet hat, lässt sich nun aus den Krankenjournalen zahlenmässig beweisen.

Was die Lokalisation innerhalb des Nasenrachenraumes bei unserem Material betrifft, so finden wir am Dach 10 mal narbige

Veränderungen, 5 mal Granulationen und 1 mal lupöse Infiltrate, an der Hinterwand 20 mal Narben, an der nasalen Fläche der Uvula 1 mal lupöse Ulcerationen, und im allgemeinen, ohne nähere Bezeichnung der speziellen Lokalisation, 8 mal Narben und 2 mal Granulationen. 1 mal ist das hintere Ende des Septums betroffen. Tuben oder Mittelohr ist in keinem unserer Fälle betroffen gewesen.

Wenn man nun berücksichtigt, wie häufig man im Nasenrachenraum Lupusnarben findet, wobei gleichzeitig entweder auf der Nasenschleimhaut oder auch auf der äusseren Haut frische Lupus-Efflorescenzen bestehen, so muss man unwillkürlich zu der Überzeugung kommen, dass diese offenbar älteren, weil vernarbte Prozesse wohl den primären Herd für die spätere Ausbreitung auf Nasenschleimhaut und Gesicht gebildet haben. Und daraus folgt der weitere Schluss, dass man in manchen verdächtigen Fällen bei genauer Untersuchung des Nasenrachenraumes einen eben entstehenden Lupus finden und dann im Keime vernichten kann. Und was die Möglichkeit der primären Affektion im Nasenrachenraum angeht, so erscheint eine solche zum mindesten erklärlich; man hält es ja für sicher, wie Piffl (30) kürzlich wieder betont hat, dass der Waldeyersche lymphatische Rachenring, der ja den Nasenrachenraum mit einbezieht, eine Prädilektionsstelle unseres Körpers für das Eindringen von Krankheitskeimen und besonders auch der Tuberkulose bildet, und dass gerade die Rachenmandel in manchen Fällen die Rolle einer unentdeckt bleibenden Eintrittspforte für die Tuberkulose spielt. Da ist es doch wohl ebenso leicht anzunehmen, dass gerade an dieser Stelle auch das tuberkulöse Virus einen Lupus erzeugen kann, zumal ja der Reichtum an Lymphgefässen die Ursache sein soll, dass der Tuberkelbazillus an solchen Stellen die mildere Form des Lupus hervorruft, statt der viel bösartigeren der eigentlichen Tuberkulose, wie dies besonders von französischen Autoren hervorgehoben wird (Pistre).

Mund und Mundrachenraum ist in 34,4% unserer Fälle beteiligt, und zwar sind am häufigsten die Rachenwand, die Uvula, der weiche Gaumen und die Gaumenbögen in Mitleidenschaft gezogen. In den 13 Fällen, wo an der Rachenwand lupöse Veränderungen beschrieben sind, bestehen diese in 10 Fällen in Narben, 2 mal in Ulzerationen und 1 mal in Infiltration. Die Uvula ist 1 mal völlig zerstört, 2 mal durch Narben stark deformiert, 2 mal lupös infiltriert und 2 mal verdickt und gerötet. Am weichen Gaumen bestehen in 6 Fällen lupöse Veränderungen, die 1 mal knötchenförmiger, 2 mal ulceröser, 2 mal infiltrativer und 1 mal narbiger Natur sind. Die Gaumenbögen sind 2 mal ulceriert, 2 mal infiltriert und 1 mal knotig verdickt. Die Schleimhaut des Zahnfleisches ist 3 mal lupös verändert, und zwar ist die des Oberkiefers 2 mal infiltriert und

1 mal findet sich am Zahnfleisch ein lupöses Ulcus. Ausserdem finden sich einmal am rechten Mundwinkel lupöse Granulationen und einmal solche neben lupöser Infiltration und Narbenbildung, so dass der Mund stark eingeengt wird. In einem Falle endlich zeigen sich neben Ulcerationen am weichen Gaumen, dem hinteren Gaumenbogen, der hinteren Rachenwand auch auf der Zungentonsille ausgedehnte Ulcerationen, die umgeben sind von knotig infiltriertem Wall. Die seltenen Lokalisationsstellen: Zunge und Gaumentonsillen sind in unseren Fällen nicht betroffen. Safranek konnte von beiden je einen Fall anführen und berichtet, dass Mygind und Forchheimer die Zunge in 0,5% lupös verändert fand, und dass ferner die Gaumentonsille von Mygind unter 200 Fällen 1 mal, von Leloir unter 312 Fällen 8 mal betroffen gefunden wurde.

Die Theorie Myginds, wonach diejenigen Partien, welche vorzugsweise der Einwirkung der Luft ausgesetzt sind, einen günstigeren Boden für den Lupus abzugeben scheinen, die er damit bekräftigen will, dass nach seiner Erfahrung die dem direkten Einflusse der Luft weniger ausgesetzten Partien des Pharynx (oberer Teil des Rhinopharynx, hintere Fläche des Velum palatinum) seltener vom Lupus befallen werden als die übrigen, lässt sich an unserem Material, im Gegensatz zu dem Safraneks, nicht bestätigen; denn wir finden ja den Nasenrachenraum beinahe doppelt so häufig afficiert wie den Mund und Mundrachenraum.

Der Kehlkopf ist am seltensten vom Lupus befallen, doch nicht so selten, wie man lange Zeit angenommen hatte. Nach Safranek fand Chiari und Riehl (1882) in 8,8%, Leloir (1892) in 2%, Mygind (1900) in 10% und Forchhammer (1911) in 5% Lupus laryngis. Safranek konnte einen Prozentsatz von 11,6% feststellen und bei unserem Material ergeben sich 14,7%. Dagegen ist der primäre Kehlkopflupus äusserst selten, es sind bis heute in der Literatur mit den 3 Fällen Safraneks 33 einwandfreie Fälle von primärem Kehlkopflupus beschrieben. Von unseren Fällen ist wohl einer als primärer anzusprechen, während bei den übrigen Nasenschleimhaut oder Gesicht mitbeteiligt sind. Es seien die Fälle von Kehlkopflupus kurz zusammengestellt, wobei der primäre Kehlkopflupus an erster Stelle stehen soll:

21. U. Andreas, 31 J., Bierbrauer, 24. III. 1908. Der Patient ist seit Dezember heiser, er hat keine Schluckbeschwerden. Patient mittelgross, mittelkräftig gebaut, von gesundem Aussehen. Die Lungen sind gesund. Die äussere Haut und die Nasenschleimhaut normal. Die Untersuchung des Nasenrachenraumes zeigt die hinteren Muschelenden stark verdickt; es finden sich keine Narben, keine Ulzerationen oder Knötchen im Nasenrachenraum. Mund und Mundrachenraum normal. Die Epiglottis in sehr unregelmässiger knotiger Form verdickt, ebenso die Taschenbänder, die die Stimmlippen fast vollständig überdecken. Ulzerationen nirgends zu sehen. Die Diagnose wird auf primären Lupus des

Larynx gestellt. Patient begibt sich in Privatbehandlung; weiteres Schicksal unbekannt.

2. S. Eva, 53 J., 12. XII. 1905. Die Patientin stand seit 1½ Jahren in anderweitiger Behandlung wegen tuberkulöser Geschwüre des Gaumens, der hinteren Rachenwand und des Larynx. Patientin ist klein, kräftig gebaut. Die Stimme stark heiser. Lunge o. B. Gesicht und Nasenschleimhaut sind normal. Die Uvula fast völlig zerstört, an der Vorderfläche des weichen Gaumens, des hinteren Gaumenbogens links, der hinteren Rachenwand, der Zungentonsille sind ausgedehnte Ulzerationen, die umgeben sind von knotig infiltriertem Wall. Epiglottis, Larynxeingang, Larynxinneres mit unregelmässigen Granulationen bedeckt. Patientin wird mit Milchsäureätzung behandelt. Seit 1. III. 1906 Patientin nicht mehr beobachtet.

4. G. Gretchen, 18 J., Dienstmädchen, 9. III. 1906. Patientin leidet seit ihrem 12. Lebensjahr an Gesichtslupus. Patientin ist mittelgross, kräftig. Es besteht Lupus der äusseren Nase und der angrenzenden Teile der Gesichtshaut. Die Nasenflügel sind zum Teil narbig verzogen, der rechte Naseneingang ist teilweise verschlossen durch narbiges Gewebe. An der Hinterwand des Nasenrachenraumes finden sich Narben. Behufs Dilatation der Nasenstenose wird Bougierung vorgenommen. Patientin kommt am 24. III. 1908 wieder und zeigt nun ausser dem noch bestehenden Lupus der äusseren Nase und Wangen, sowie dem Lupus des Naseninneren, der jetzt in Form von Granulationen zu beiden Seiten des Septums und an der linken unteren Muschel lokalisiert ist, neben den Narben im Nasenrachenraum seinerzeit noch nicht vorhandene Narben an der hinteren Rachenwand; ferner ist jetzt die Epiglottis unregelmässig vernarbt, ohne dass frische Lupusherde hier nachzuweisen sind.

19. S. Anton, 30 J., Schuhmacher, 25. I. 1908. Patient mittelgross, schmächtig. Die Stimme heiser. Die Nasenspitze verkürzt durch Narbenstränge und Zerfall des Septum cartilagineum. Die Nasenöffnungen sind völlig verschlossen. Auf der rechten Nasenhälfte befindet sich eine 10-Pfennigstück grosse dicke Kruste. Von der Nase aus gehen grosse, strahlige Narben nach beiden Mundwinkeln. Im Nasenrachenraum zeigen sich ausgedehnte Narben. Im Mund- und Mundrachenraum ist die Schleimhaut trocken, stellenweise verdickt, wenig gerötet. Überall deutliche Narbenbildung. Der weiche Gaumen ist erhalten und beweglich. Im Larynx zeigt sich die Epiglottis knotig verdickt, gerötet. Die Stimmlippen rot, beweglich, die Aryknorpel etwas geschwollen, tief rot. Patient wurde nicht weiter behandelt, da der Befund nur für die dermatologische Klinik aufgenommen worden war.

38. S. Lisette, 27 J., Dienstmädchen, 5. X. 1910. Patientin leidet seit 8 Jahren an Lupus des Gesichtes. Im Gesicht befinden sich strahlige Narben, die äussere Nase ist narbig verunstaltet. Die Nasenöffnungen sind verschlossen, so dass die Inspektion des Naseninneren nicht möglich ist. Im Nasenrachenraum sind Narben vorhanden. Narben auch am ovalen Teil des Rachens an der Hinterwand. Die Epiglottis unregelmässig ausgezackt und mit Narben versehen. Am 28. V. 1911 zeigt sich Patientin mit unverändertem Befund.

45. S. Pauline, 38 J., Landpflegeschwester, 25. VII. 1911. Es besteht Heiserkeit und Trockenheit im Hals. Auf der Lunge sind rechts hinten oben Rasselgeräusche zu hören (Tuberkulose, I. Stadium). An der linken Wange, an Mund- und Ohrgegend sind lupöse Narben. In der Nase finden sich rechts lupöse Granulationen am Septum. Im Nasenrachenraum Narben, ebenso an der hinteren Rachenwand im oralen Teil. Am Zahnfleisch findet sich ein lupöses Ulcus. An der rechten Stimmlippe besteht Rötung und Verdickung besonders in der Regio cartilaginea. Die linke Stimmlippe zeigt geringe Rötung. Kurettement.

60. O. Marie, 24 J., Postschaffnersfrau, 15. XI. 1912. Patientin hat seit 1/2 Jahr Schluckbeschwerden, rauhen Hals, bis zum Ohr ziehenden Schmerz und nachts Hustenreiz. Das Naseninnere zeigt Atrophie, Borken und eiteriges Sekret. Im Nasenrachenraum sind starke Granulationsmassen vorhanden. Der Kehldeckel verdickt und an seinem freien Rande defekt. Die Aryknorpelgegend verdickt.

61. H. Anna, 17 J., Taglöhnerstochter, 8. I. 1913. Patientin hat angeblich seit 5 Jahren böse Nase. Der Gaumen soll wie zerfressen ausgesehen haben. 14 Monate wurde Patientin auswärts mit Röntgenstrahlen behandelt; danach soll Patientin an der Nasenspitze Borken und Grinde bekommen haben; seit dieser Zeit ist Patientin nicht mehr in Behandlung. Es besteht lupöse Erkrankung der Nasenspitze und der Nasenflügel, sowie des Naseninneren, das nicht recht übersehen werden kann. Der Mund ist teils durch Narbenzüge, teils durch lupöse Infiltration und Granulationsbildung an der Unterlippe so eingeengt, dass man den Larynx nur schwer untersuchen kann. Die Epiglottis ist verdickt und zeigt Defekte am freien Rand. Laryngeales Stenosengeräusch.

Der neunte Fall (25) ist bereits als primär von der Nase ausgehend dort geschildert.

In sämtlichen Fällen, mit Ausnahme von Fall 45, der einen Larynxlupus im Beginn zeigt, ist die Epiglottis beteiligt, und zwar finden wir sie in 5 Fällen knotig verdickt, 1 mal mit Granulationen bedeckt, 3 mal narbig verändert und 3 mal defekt. In einem Fall ist ausser der Epiglottis der Eingang sowie das ganze Kehlkopfinnere mit Granulationen bedeckt, 3 mal ist die Aryknorpelgegend verdickt und gerötet, die Taschenbänder sind 1 mal knotig verdickt und die Stimmlippen 3 mal gerötet und 1 mal verdickt. Dass die subjektiven Beschwerden beim Kehlkopflupus, gerade im Gegensatz zur Tuberkulose, ausserordentlich gering sind, findet sich auch bei uns bestätigt; nur in 1 Fall wird über Schluckbeschwerden und Hustenreiz geklagt. In anderen Fällen, wie besonders Fall 4 zeigt, haben die Patienten wohl überhaupt keine Ahnung von dem Befallensein des Kehlkopfs gehabt. Allerdings findet sich bei unseren Fällen öfter, wie sonst beschrieben wird, Heiserkeit, nämlich in 5 von den 9 Fällen, da ja auch nur 2 mal sich der Prozess auf den oberen Teil des Larynx beschränkt, wie es sonst wohl die Regel ist.

Wenn wir nun das Resultat aus der Untersuchung der vorliegenden Fälle im Zusammenhalt mit den Ergebnissen der Literatur zusammenfassen, so ist es klar, dass, wie schon eingangs erwähnt, man nicht mehr vom Schleimhautlupus als etwas Seltenes reden kann, sondern dass man es bei jedem Lupus der Gesichtshaut im Gegenteil als etwas Selbstverständliches auffassen muss, wenn auch die Schleimhaut lupös afficiert ist. Und da von einem Heilerfolg beim Lupus keine Rede sein kann, wenn nicht jede unscheinbarste Stelle, die lupös erkrankt ist, ganz energisch behandelt wird, so ist es nötig, dass in jedem Fall von Hautlupus ein geübter Rhinologe die schwierige Untersuchung von Nase und besonders auch Nasenrachenraum vornimmt; sonst darf man sich nicht wundern, wenn

die an und für sich so grosse Rezidivfähigkeit des Lupus noch viel mehr gesteigert wird. Ferner steht sicher fest, dass in einer grossen Anzahl, und man darf wohl vermuten in der Mehrzahl der Fälle, der primäre Lupusherd nicht in der Haut, sondern in der Nase oder im Nasenrachenraum seinen Sitz hat, und das ist der zweite Punkt, wo es anzusetzen gilt, um vorwärts zu kommen im Kampfe gegen die Volksseuche Lupus. Besonders Gerber (31) hat mehrfach darauf hingewiesen, dass nur die rechtzeitige Erkennung des primären Entstehens des Lupus es ermöglichen kann, eine erfolgreiche Therapie anzuwenden. Vor allem richtet er bei Bekämpfung des Lupus die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise auf den Nasenvorhof, weil hier meist der eigentliche Primäraffekt sitze. Übrigens wird letzterer Ausdruck, von Sticker geprägt, energisch von Vörner (32) bekämpft, weil das, was zum Begriff „Primäraffekt" gehöre, beim Lupus nicht in jedem Falle zutreffe; er will den Ausdruck: „Primäreffloreszenz" dafür gesetzt wissen. Gerber hat einen eigenen rhinendoskopischen kleinen Spiegel konstruieren lassen, mit dem gerade jene häufig übersehene Stelle im Nasenvorhof leicht dem Auge zugänglich gemacht wird. Wenn auf diese Weise stets eine ganz genaue Untersuchung vorgenommen wird, dann dürfte es auch immer seltener werden, dass, wie Gerber es erwähnt, viele Kinder lange an Ekcema vestibuli behandelt werden, bis eines Tages der Lupus sich manifestiert. Auf solche scheinbar harmlose Nasenerkrankungen weist auch Dresch die Aufmerksamkeit, der in jedem Fall von verdächtiger Rhinitis eine histologische Untersuchung empfiehlt; er glaubt, dass man bald noch andere Formen von Lupus kennen lernen werde, die bisher als einfache Rhinitis wenig beachtet wurden. So beschrieb auch Moure vor einigen Jahren eine pseudo-atrophische Rhinitis bei Patienten, die später an Lupus erkrankten, und Dresch bezweifelt nicht, dass dies echter Lupus der Nasenschleimhaut war.

Auch Engel (33) hat in neuester Zeit darauf hingewiesen, dass in der Mehrzahl der Lupusfälle der Hauterkrankung andere tuberkulöse Affektionen der Lymphdrüsen, Knochen, Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel, sowie auch der Schleimhaut vorausgehen, und dass durch ungenügende Behandlung dieser primären Erkrankung, wie es gerade in den Kreisen der Armen häufig der Fall ist, wo ja der Lupus besonders herrscht, die spätere Entwickelung des Lupus verschuldet wird. Deswegen empfiehlt er als Prophylaxe, gerade diesen Kreisen die Möglichkeit der Behandlung zu geben und in Schule und Haus aufklärend dahin zu wirken, dass solche scheinbar unbedeutenden Affektionen, wie es gerade die Nasenerkrankungen sind, rechtzeitig und gründlich behandelt werden.

Nach allen diesen Tatsachen muss man mit M. Senator u. A.

hoffen, dass künftig in jedem Falle von Gesichtslupus neben der Epidermis auch die Schleimhaut der Nase (und es sei hinzugefügt des Nasenrachenraumes) berücksichtigt wird, aber nicht nur als Nebensache, sondern entsprechend ihrer Wichtigkeit in genauester und eingehendster Weise.

Auf die verschiedenartigen Behandlungsmethoden des Schleimhautlupus einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Professor Dr. Otto Seifert ergebenst danken für die Überlassung des Themas und für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung vorstehender Arbeit.

Literaturverzeichnis.

1. Senator, Max, Referat in der Berliner klinischen Wochenschrift. 1912. Nr. 32. S. 1536.
2. Gerber, Zur Bekämpfung der Lues und des Lupus. Arch. f. Dermatologie u. Syphilis. C. Bd. 1.—3. Heft.
3. Bresgen, Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen-, Mund-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. 1884. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.
4. Derselbe, Krankheiten und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes. 3. Aufl. 1896.
5. Schech, Ph., Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase 1885. Wien.
6. Rosenberg, A., Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. 1893. Berlin, S. Karger.
7. Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. 1895. Leipzig, Barth.
8. Stoerk, Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Nothnagels Spezielle Pathol. u. Ther. XII. Bd. I. Teil. 1895. Wien, Hölder.
9. Kafemann, Die Tuberkulose in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen sowie ihre und des Lupus örtliche Erscheinungen. Aus Bresgens Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Bd. II. 1896.
10. Rosenthal Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. 2. Aufl. 1897. Berlin, Hirschwald.
11. Bresgen, Der Vorhof der Nase als Krankheitsort. Aus Bresgens Sammlung. Bd. IV. Nr. 1. 1900.
12. Chiari, O., Die Krankheiten der oberen Luftwege. I. Teil (Die Krankheiten der Nase). 1902. Leipzig u. Wien, Deuticke.
13. Zarniko, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. 1905.
14. Bruck, Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rachens und des Kehlkopfes. 1907.

15. Katz, L., Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. 1908. Würzburg, C. Kabitzsch.
16. Körner, Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten 1909.
17. Schmaus-Herxheimer, Grundriss der pathologischen Anatomie. 10. Aufl. 1912. Wiesbaden, Bergmann.
18. Riecke, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1912. Jena, Fischer.
19. Seifert, Tuberkulose der Haut. In Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Herausgegeben von G. Schröder und F. Blumenfeld. Leipzig, Barth.
20. Derselbe, Die Chirurgie der äusseren Nase. In Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Herausgegeben von Katz, Preysing und Blumenfeld. 1911. Würzburg, C. Kabitzsch.
21. Safranek, Zur Pathologie und Therapie des Lupus vulgaris der oberen Luftwege. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1912. Nr. 5.
22. Gerber, Tuberkulose und Lupus der Nase. In Heymanns Handbuch für Laryngologie. Bd. III. 2.
23. Dresch, Die Nasenhöhle, eine Wiege des Lupus. (Cavité nasale berceau du lupus) in Annales des maladies d'oreille. Referat im Internationalen Zentralblatt f. Tuberk. V. 1911. S. 360.
24. Pistre, Annal. de malad. de l'oreille 2. 1911.
25. Seifert, Über die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenerkrankungen. Münchn. med. Wochenschr. 1898. Nr. 28.
26. Derselbe, Tuberkulose des Tränennasenkanals. Münchn. med. Wochenschr. 1899. Nr. 52.
27. Brückner, Klinisch-statistischer Beitrag zur Kenntnis des Zusammenhangs zwischen Augen- und Nasenerkrankung.
28. Seifert, Tuberkulose und Lupus des Nasenrachenraumes. Heymanns Handbuch für Laryngologie. 1899. II. Bd. Wien, Hölder.
29. Derselbe, Lupus und Tuberkulose. Medizinische Klinik. 1908. Nr. 16 und 17.
30. Piffl, Der Waldeyersche Rachenring und der Organismus. Med. Klinik. 1913. Nr. 8.
31. Gerber, Lupusbekämpfung und Nasenvorhof. Münchn. med. Wochenschr. 1911. Nr. 47.
32. Vörner, Primäreffloreszenz des Lupus und Primäraffekt. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 10.
33. Engel, Prophylaxe des Lupus. Mitteilung auf dem 7. internationalen Tuberkulosekongress Rom. Referat in Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. 115. Heft 5 und Giornale ital. delle Mel. vener. Bd. 54. I. 1913.
34. Gerber, Internationaler Laryngo-Rhinologenkongress. Berlin 1911.
35. Senator, Internationaler Laryngo.Rhinologenkongress. Berlin 1911.
36. Albanus, Archiv für Laryngologie. XXVII. Bd. 2. H. 1913.
37. Poli, XV. Kongress der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otol. u. Rhinol. Okt. 1912.
38. Forchhauses, Zeitschrift für Laryngologie. V. Bd. S. 223.
39. Mygind, Archiv für Laryngologie. XVII. Bd.
40. Walb, Deutsche med. Wochenschr. 10. 1913.
41. Seifert, Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. H. 8. 1910.

Lebenslauf.

Ich, Fritz Lill, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 4. Februar 1888 zu Würzburg als Sohn des praktischen Arztes und kgl. bayer. Hofrates Dr. med. Johannes Lill in Würzburg und wohne zurzeit in Würzburg.

Nach Besuch der Seminarübungsschule und des K. Alten Gymnasiums in Würzburg erwarb ich mir im Juli 1907 das Reifezeugnis an der gleichen Anstalt.

Hierauf besuchte ich die Universität Würzburg, an der ich meine 10 Semester Studienzeit verbrachte.

Die ärztliche Prüfung habe ich ebenfalls an der Universität Würzburg am 20. Dezember 1912 vollendet. Seit 1. Januar 1913 bin ich als Medizinalpraktikant an der medizinischen Klinik der Universität Würzburg tätig.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Seifert verfasst.

Würzburg, den 8. März 1913.